Retour du Post-partum (point de vue du gynécologue)

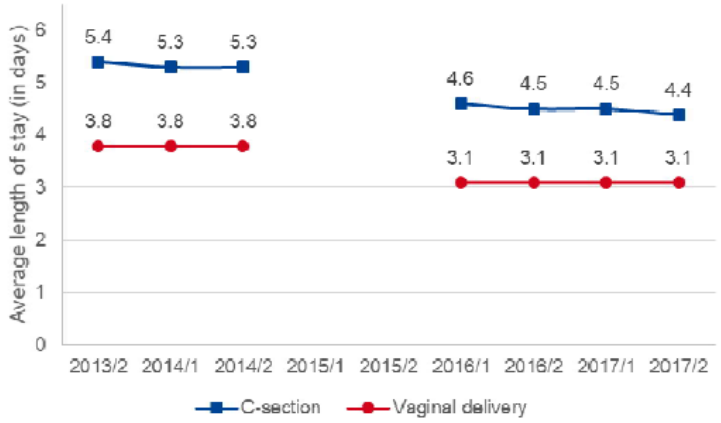
SSMG Namur – La gynécologie

Dr B. Moons / 16-11-2019

- *« axer l'exposé autour des pathologies spécifiques qu'une mère pourrait développer dans le post-partum rapproché vu la diminution des durées d'hospitalisation en maternité ainsi que leur prise en charge adéquate (qu'elle soit à domicile ou qu'elle nécessite un renvoi vers l'hôpital). »*

Diminution des durées d'hospitalisation …

- Réduction progressive des durées de séjour en maternité:
  - 1950 : 12 jours
  - 1991: 6,9 jours…
  - **Figure 1 – Evolution of the average length of stay (in days) for deliveries with a low level of severity (SOI 1) in Belgium (2nd semester 2013 - 2nd semester 2017 [last data available])**



Source: RHM / MZG; no data were recorded in 2015

- Retour précoce au domicile (RPAD)
  - Définition ACOG et APP (1992)
    - < 48 h pour acc voie basse
    - < 96 h pour acc par césarienne

pour les faibles degrés de sévérité …

- Chaque acte médical est repris dans une APR-DRG:
  - APR-DRG 560 : grp 1 et 2: accouchement voie basse +/- anesthésie.
  - APR-DRG 540: accouchement par césarienne.
- 57 APR-DRG retenus pour un nouveau système de financement « soins à basse variabilité »
- >>> exercice continuel de codification des dossiers en collaboration avec les cellules RCM.
- Seule la mère entre en ligne de compte …

MERCI …

En effet …

- « Le post-partum est le plus souvent simple au-delà des 24 premières heures … du moins pour le gynécologue!»
- 3 périodes différentes:
  - Post-partum immédiat (jusqu'à 2 heures après la délivrance)

    >>>> on oublie:
    - Hémorragie de la délivrance
    - Infection aigüe
    - Rétention urinaire …
  - Hospitalisation en maternité
  - Post-partum tardif (jusqu'au retour de couches)

Pour information :

Critères d'exclusion du RPDA (Liste non exhaustive) :

- Poids de naissance inférieur à 2700g.
- Rupture de la poche des eaux dépassant 18h.
- Streptocoque B positif ou non connu.
- Naissance avant 37 semaines.
- Apgar à 5 minutes inférieur ou égal à 6.
- Séjour en néonatalogie.
- Examen clinique du bébé ou de la mère anormal.
- Difficulté d'allaitement ou prise de poids insuffisante du bébé.
- Jaunisse précoce, absence de selles ou d'urine, somnolence du bébé.
- Mère de moins de 18 ans.
- Certaines pathologies maternelles.
- Non-respect de la procédure lors d'un RPDA antérieur.
- Situation géographique du domicile.
- ...

Editeur responsable : Eric Brohon, Directeur Médical.
Rue du Parc, 29 - 4800 Verviers.

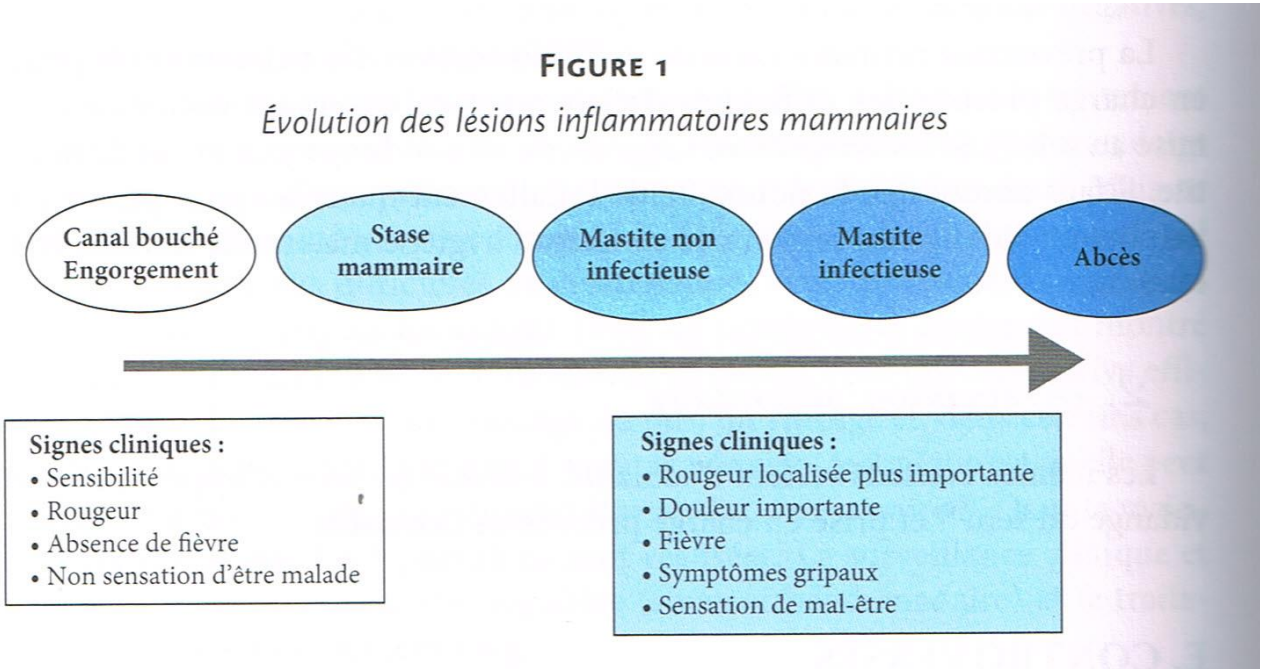
Pathologies spécifiques …

Complications

- Mammaires
- Hémorragiques
- Infectieuses
- Thrombo-emboliques
- Troubles psychiques

Allaitement.

- Domaine difficile où se mêle médecine et expérience personnelle.
- Difficultés liées à l'allaitement: congestion, insuffisance de lait, crevasse, candidose …
- Importance +++ d'avoir une **conseillère en allaitement** de référence



- Reconnaître rapidement >>> prise en charge >>>

éviter l'interruption prématurée de l'allaitement.

- Facteurs favorisants:
  - **Stase laiteuse** (tétée inefficace, espacement des tétées, montée laiteuse tardive …
  - Primiparité
  - Antécédent de mastite
  - Stress
  - Eloignement mère-enfant
- Tests:
  - Prélèvement de lait (controverse)
  - **Echographie mammaire** +/- ponction

- Traitement:
  - Evacuation du lait (tétée, expression manuelle, tire-lait)
  - Antalgique
  - Antibiothérapie (si lait (+), symptômes sévères, persistance des symptômes après 24-48h): Floxacilline.
  - Ponction écho-guidée si abcès (à répéter sn) >< drainage chir. Antibiothérapie 10 jours minimum.
  - (! Mastite carcinomateuse)
  - Maintien de l'allaitement sauf abcès.
- **Prise en charge multidisciplinaire.**

Hémorragique.

- Majorité des cas: hémorragie de la délivrance (< 24h)
- Hémorragie génitale précoce:
  - Atonie utérine:
    - Utérus mal involué, mou, col ouvert …
    - Pas de T°, non douloureux
    - Echographie: vacuité utérine ?
    - R/ aspiration, utérotonique, correction anémie +/- trouble coagulation
  - Endométrite hémorragique:
    - Utérus douloureux, lochies malodorantes, T°
    - R/ Idem + antibiothérapie type amoxicilline/acide clavulanique

- Hémorragie génitale tardive:
  - Retour de couches hémorragique:
    - Atrophie endométriale
    - Echographie: atrophie endomètre, pas de reste placentaire
    - R/ Stop progestatif seul +/- traitement oestro-progestatif
  - Déhiscence cicatrice de césarienne (rare)
    - R/ Utérotoniques, aspiration, ballon de Bakri, … reprise cicatrice.

Infectieuse.

- Infection urinaire. (Rétention urinaire, diagn avant la sortie)
- Endométrite:
  - Facteurs de risque: Césarienne, rupt mb prolongée, manœuvres endo-utérines, hémorragie, …
  - Utérus douloureux, lochies malodorantes, T°
  - Echographie: vacuité utérine ?
  - R/ antibiothérapie type amoxicilline/acide clavulanique
- Autre site et septicémie

TVP et Embolie Pulmonaire

- Incidence: Risque **x20**, 80% au cours des 3 premières semaines et jusque 3 mois pp.
- Site: Membres inférieurs et zone ilio-fémorale.
- Diagn difficile car dyspnée, tachycardie, OMI, douleurs abdominales … sont des symptômes naturellement présents.
- ! Thrombophlébite des veines ovariennes (douleur pelvienne +/- T° résistante au traitement Ab
- Diagn: Echo Doppler, Scinti V/P … D-Dimères non contributifs

Risque majeur	– Antécédent de METV multiples. – Malades traités au long cours par anticoagulants avant la grossesse pour un épisode de METV en rapport avec une thrombophilie.
Risque élevé	– Antécédent de METV, sans facteur de risque retrouvé. – Antécédent de METV associé à l'un des facteurs biologiques suivants : * Déficit en AT, SAPL ; * Mutation homozygote isolée 2021A prothrombine ou FV Leiden ; * Anomalies hétérozygotes combinées (surtout mutation 2021A et FV Leiden) ; * Antécédent de METV lors d'une grossesse antérieure ou au cours d'un traitement œ strogénique.
Risque modéré	– Antécédent de METV avec facteur déclenchant. – Antécédent de METV avec facteur biologique de risque (autre que ceux cités). – Présence d'un des facteurs biologiques de risque, asymptomatique et dépisté dans le cadre d'une MTEV familiale (surtout si déficit en AT, SAPL, mutation homozygote 2021A ou FV Leiden). – Anomalies hétérozygotes combinées (surtout mutation 2021A et FV Leiden). – Césarienne en urgence. – Césarienne et chirurgie pelvienne majeure associées. – Présence de > 3 facteurs de risque faible.
Risque faible	– Aucun facteur de risque. – Présence de < 3 facteurs suivants : * Âge > 35 ans, obésité (IMC > 30 ou poids > 80 kg), varices, HTA ; * Facteurs obstétricaux : césarienne, multiparité > 4, prééclampsie, hémorragie du PP, …) ; * Maladie thrombogène sous-jacente (syndrome néphrotique, MICI en poussée, infection intercurrente systémique,…).

>>>> HBPM
6-8s post-partum

« Dépression post-natale »

- *Baby blues.*
- Psychose du post-partum (1/1000), 10 jours du PP, prise en charge psychiatrique.
- Stress post-traumatique
- Dépression post-natale, apparition plus tardive 1er 2ème mois.

Point de vue du gynécologue:

« ENORME DEFI »

Défi psychologique, humain …

- Rencontre avec ce nouvel être
- Développement attachement mère-enfant
- Nouvel relation avec le co-parent … qui lui aussi doit s'adapter!
- La fratrie
- Le tout dans un bain hormonal très fluctuant
- …
- Craintes, peurs … « être des bons parents, une bonne mère ».

Défi éducatif …

- Multiples apprentissages:
  - Allaitement
  - Bain
  - Soins au bébé

Défi organisationnel …

- Multiples intervenants:
  - Gynécologue
  - Sage-femme
  - Pédiatre
  - Médecin généraliste
  - ONE …
- Multiples lieux:
  - Maternité
  - Domicile
  - Consultation

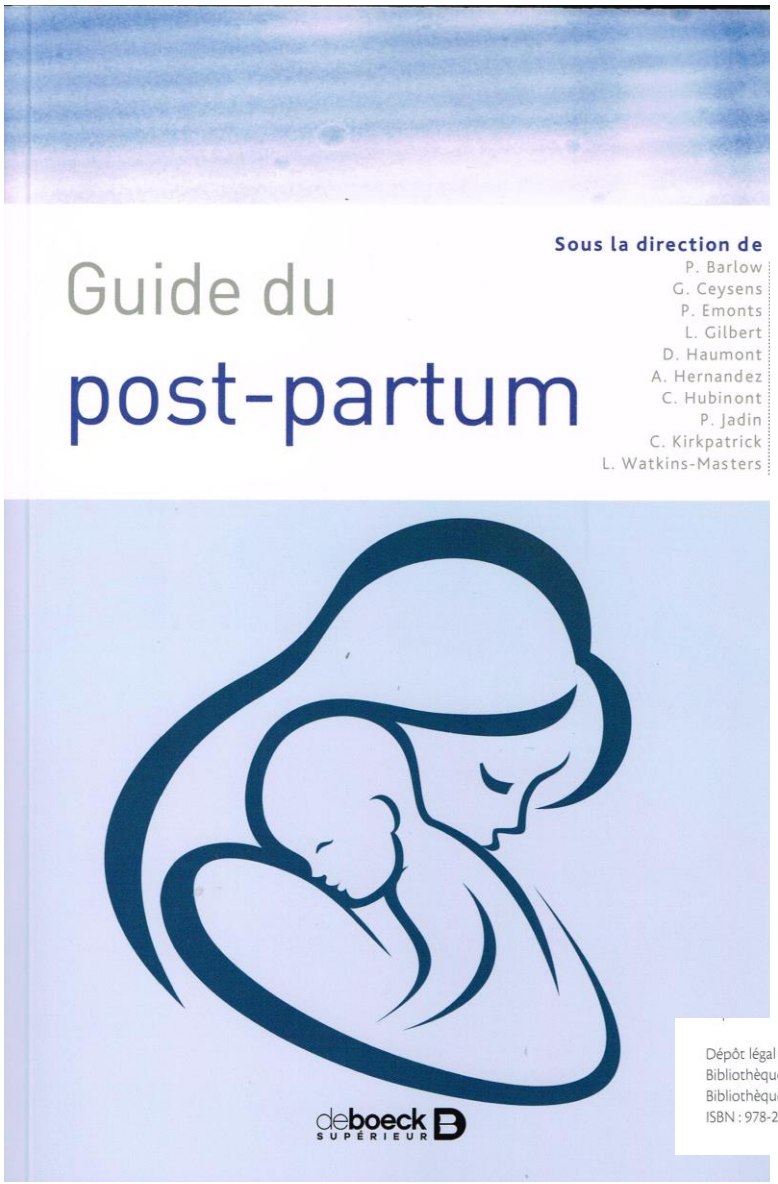
Cadre mouvant … et parfois aberrant.

- Nouvelle diminution des durées d'hospitalisation
- Réseau de soins
- Appels à projet

- Bébés qui n'ont pas d'entité propre
- Financement … qui ne tient compte que des éléments médicaux du dossier alors que multiples autres attentes!

Avenir encourageant

- KCE: Organisation des soins prénataux en Belgique.
  - Intégration de la préparation au post-partum (Education à la parentalité …)
  - Listing précis des manquements
  - Coordinateur de soins
- Initiative isolée multiple:
  - Soins à domicile par les SF hospitalières ou libérales …
  - Consultation de groupe



Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : octobre 2016
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2016/13647/162
ISBN : 978-2-8073-0305-8

CHU
UCL
NAMUR

Dinant • Godinne • Sainte-Elisabeth

www.chuuclnamur.be

CHU UCL Namur asbl, Av. Docteur G. Thérasse, 1 - B5530 Yvoir (Belgique)

Consignes

Texte

- Pour mettre des mots en évidence: utilisez **bleu + gras**.
- La police à utiliser dans toute la présentation (texte, dessins, graphiques, tableaux) est **Calibri**.
- Pour inscrire le nom de l'**auteur** dans la présentation : onglet Insertion > En-tête/Pied de page (Appliquer partout)
- Pour modifier la **date** : onglet Affichage > Masque des diapositives (modifier chaque masque concerné)

Dispositions (masques)

Utilisez les **dispositions** préconfigurées afin d'harmoniser votre présentation.

Le template contient **6 modèles** :

- Titre de présentation
- Titre de chapitre (avec ou sans image)
- Titre de sous-chapitre (avec ou sans image)
- Contenu (et déclinaisons)
- Fin

Couleurs

Utilisez les **couleurs de notre logo** (références RVB) quand vous créez des dessins, graphiques, tableaux, etc.

0R 94V
168B

0R 158V
224B

87R 171V
39B

253R 196V
0B

255R 213V
0B

241R 159V
193B

201R 210V
0B

233R 93V
15B

242R 148V
0B

248R 211V
227B

147R 17V
126B

233R 96V
155B